

Agenzia di _____ Cod. _____

QUESTIONARIO R.C. PROFESSIONI SANITARIE - MOD. PQRCM/1

Cognome e nome del Proponente _____

Codice fiscale _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Comune di residenza _____ CAP _____ Prov _____

Titolo di abilitazione professionale _____

Data di rilascio ENTE

- Laurea in Medicina e Chirurgia _____
- Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria _____
- Laurea in Veterinaria _____
- Laurea in Scienze Infermieristiche _____
- Altra Laurea del ruolo Sanitario _____

Specializzazione/i medica posseduta/e (indicare obbligatoriamente)

1. _____ conseguita il _____
2. _____ conseguita il _____
3. _____ conseguita il _____

Iscritto all'Ordine Professionale/Albo professionale di _____

Dal _____

In alternativa, *Specializzando in:* _____

Anno di corso 1 2 3 4 (o oltre)

Attività sanitaria prevalente e/o diversa rispetto ai titoli indicati:

Strutture presso le quali viene esercitata l'attività:

- Azienda Ospedaliera (A.O.)/ Azienda ASL _____
- Studio Privato/Studio Associato _____
- Clinica Privata/Casa di Cura _____
- Poliambulatorio _____
- Altro _____

Il proponente:

- 1) Effettua interventi chirurgici (non ambulatoriali)? SI NO

Se SI, con quali modalità assolve l'obbligo del "consenso informato"?

- 2) Effettua interventi di chirurgia ambulatoriale? SI NO

Se SI ai punti 1) e/o 2), indichi dettagliatamente:

- a) le tipologie di interventi
-
-

- b) le modalità di esecuzione degli stessi
-
-

- c) le strutture (pubbliche o private) nelle quali pratica tali interventi
-
-

- 3) Effettua indagini o terapie di tipo invasivo? SI NO

Si ricorda che, secondo le definizioni delle Condizioni Generali di Assicurazione, s'intende per indagini o terapia di tipo invasivo: tecnica diagnostica o terapeutica che comprende la puntura o l'incisione della cute o l'inserimento di uno strumento di materiale estraneo nell'organismo, con o senza anestesia locale. Non sono considerati atti invasivi i prelievi venosi e le iniezioni intramuscolari od endovenose di farmaci o di soluzioni fisiologiche, nonché l'applicazione o rimozione di punti di sutura che non richiedano l'impiego di anestesie.

Se SI, indichi le tipologie di indagini/terapie e le relative modalità di esecuzione:

- 4) Esegue interventi di Implantologia odontoiatrica? SI NO

Se SI, indichi quanti anni?

I materiali impiegati per tali interventi sono autorizzati ai sensi delle normative UE?

SI NO

- 5) Esegue indagini o analisi genetiche e/o prenatali SI NO

Se SI, precisi quali e se le indagini sono eseguite in base ai protocolli predefiniti

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II - lett. r) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti da indagini ed analisi a carattere genetico e/o prenatale.

N.B. L'estensione alle indagini a carattere genetico è sempre compresa in garanzia per i medici specialisti in Genetica medica, Anatomia patologica e Patologia clinica ed è prestabile, a richiesta per Biologi, medici specialisti in Biochimica - Chimica clinica e in Microbiologia - Virologia. Per i medici specialisti in Ginecologia e Ostetricia, l'assicurazione comprende le indagini a carattere genetico o prenatale che abbiano comportato danni alla madre o al nascituro per morte e lesioni personali. Tali estensioni non sono comunque concedibili per i medici specializzandi.

6) Effettua trattamenti di medicina estetica? SI NO

Se SI, indichi dettagliatamente:

a) le tipologie di trattamenti di medicina estetica

b) strutture in cui pratica tali trattamenti

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II - lett. w) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti da Chirurgia Estetica e medicina estetica.

N.B. L'estensione alla medicina estetica è sempre compresa in garanzia per i medici specialisti in Dermatologia e in Chirurgia estetica, plastica e ricostruttiva. L'estensione non è comunque concedibile ai medici specializzandi.

7) Presta la sua opera esclusivamente in Italia? SI NO

Se NO, indichi i Paesi esteri presso i quali opera, le mansioni e la durata del periodo annuo trascorso all'estero:

8) Ricopre incarichi di Primario o di Direttore Sanitario? SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II - lett. g) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti da responsabilità conseguenti alle funzioni amministrative, organizzative e gestionali di Direttore Sanitario nonché a quelle di dirigente responsabile di reparti o di altra unità, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche e private, ferma restando l'operatività della garanzia per la personale responsabilità professionale dell'Assicurato

***PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI CHE SVOLGONO ATTIVITÀ DI
MEDICINA GENERALE DI BASE MEDICO DLE FAMIGLIA***

9) ~~Indipendentemente dalle specializzazioni eventualmente possedute, il Proponente richiede che la copertura assicurativa sia limitata esclusivamente all'attività di medicina generale (ex medico di famiglia), con l'esclusione di visite specialistiche?~~ SI NO

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI CHIRURGI ESTETICI

10) ~~Da quanti anni esercita la chirurgia estetica?~~ _____

11) ~~Quali tipologie di interventi esegue?~~ _____

12) ~~In quali strutture e con quali metodologie chirurgiche?~~ _____

13) ~~I materiali impiegati per tali interventi sono autorizzati ai sensi delle normative UE?~~ SI NO

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI OCULISTI

- 14) Effettua interventi per la riduzione dei difetti visivi? SI NO
- 15) Quali tipologie di interventi esegue?
- _____
- _____
- 16) In quali strutture e con quali metodologie chirurgiche?
- _____
- _____

PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI VETERINARI

- 17) Effettua attività presso allevamenti industriali o sportivi e attività di vigilanza o ispezione sanitaria? SI NO
- 18) L'attività esercitata è limitata alla cura degli animali domestici, esclusi gli interventi chirurgici nonché trattamenti e cure su equini e animali di pregio? SI NO
- 19) Effettua interventi chirurgici e/o trattamenti e cure su equini e animali di pregio SI NO

**PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI /PARAMEDICI
DIPENDENTI DEL S.S.N o qualificati come tali per l'assicurazione obbligatoria contro gli
infortuni sul lavoro**

- 20) E' dipendente del Servizio Sanitario Nazionale a tempo pieno a tempo parziale
- 21) Esercita anche attività libero-professionale? SI NO
- Se SI, indichi:*
- a) l'ambito di esecuzione di tale attività Intra-moenia Extra-moenia
- 22) Nel caso in cui svolga attività libero-professionale extra-moenia indichi se:
- a) si intende estendere la copertura professionale per i danni causati da n. _____ assistenti laureati e/o n. _____ infermieri e/o altri operatori sanitari, dipendenti o collaboratori, operanti nello studio dell'Assicurato, in relazione all'attività indicata in polizza? SI NO
- Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II - lett. l) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti all'Assicurato per la responsabilità ad esso imputabile per fatto altrui (comprese persone di cui questi si avvalga nell'esercizio della propria attività).*
- b) per i suddetti collaboratori desidera rendere operante la copertura di responsabilità civile per gli infortuni sul lavoro SI NO
- Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma I - lett. b) delle Condizioni Generali di Assicurazione, i collaboratori, i dipendenti e i praticanti non sono considerati terzi.*
- 23) Presta la sua opera presso il reparto di pronto soccorso? SI NO

Se SI, indichi:

a) la frequenza di tale attività occasionale permanente

b) se in tale ambito di attività esegue interventi chirurgici SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II - lett. p) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti dall'attività svolta da medici presso i reparti di pronto soccorso.

**PARTE DA COMPILARSI A CURA DEI SOLI MEDICI/ PARAMEDICI
NON DIPENDENTI DEL S.S.N.**

24) Indichi presso quali strutture esercita la sua attività e la tipologia di contratto:

<i>Struttura</i>	<i>Libero Professionista</i>	<i>Dipendente</i>
<input type="checkbox"/> Clinica Privata / Casa di Cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Studio Privato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Poliambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25) Nel caso svolga attività in qualità di dipendente presso una struttura privata (Case di Cura- IRCSS- Fondazioni – Ospedali Classificati) accreditata o convenzionata con il SSN, il contratto di lavoro lo equipara a dipendente del SSN ai fini dell'Assicurazione Obbligatoria per gli Infortuni sul lavoro? SI NO

26) Nel caso svolga attività libero professionale indichi se:

a) si intende estendere la copertura professionale per i danni causati da n. _____ assistenti laureati e/o n. _____ infermieri e/o operatori sanitari, dipendenti o collaboratori, operanti nello Studio dell'Assicurato, in relazione all'attività indicata in polizza? SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II - lett. l) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti all'Assicurato per la responsabilità ad esso imputabile per fatto altrui (comprese persone di cui questi si avvalga nell'esercizio della propria attività).

b) per i suddetti collaboratori desidera rendere operante la copertura di responsabilità civile per gli infortuni sul lavoro? SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma I - lett. b) delle Condizioni Generali di Assicurazione, i collaboratori, i dipendenti e i praticanti non sono considerati terzi.

c) La struttura presso la quale esercita la Sua attività è regolarmente autorizzata al ricovero ordinario ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna (day surgery, day service e day hospital) dalle competenti autorità in base ai requisiti di legge? SI NO

d) si intende estendere la copertura professionale alle attività svolte per conto di Federazioni Sportive, Associazioni e Società Sportive anche militanti in campionati professionisti o semi professionisti? SI NO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 6, comma II - lett. n) delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono esclusi i danni derivanti all'Assicurato per la responsabilità ad esso imputabile per l'attività svolta per conto di Federazioni Sportive, Associazioni e Società Sportive militanti in campionati professionisti o semi professionisti.

PRECEDENTI ASSICURATIVI – STATO DEL RISCHIO

27) E' in possesso o ha avuto precedenti contratti di copertura RC professionale per il medesimo rischio, stipulati con Generali Italia S.p.A. o con altre compagnie di assicurazione? SI NO

Se Si, indichi gli estremi di dette polizze:

ASSICURATORE	DATA		MOTIVO CESSAZIONE
	Effetto	Cessazione o Scadenza	
			<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per sinistro <input type="checkbox"/> Altro
			<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per sinistro <input type="checkbox"/> Altro

Si ricorda che nel caso di rischio assunto per la prima volta, l'Assicurazione, tramite il richiamo automatico della clausola speciale RM 20, è estesa alle richieste di risarcimento, presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia della stipulanda polizza, in conseguenza di errori professionali dallo stesso personalmente commessi nei tre anni precedenti la sua decorrenza e comunque non prima della data indicata nel frontespizio di polizza, sempreché la richiesta di risarcimento non sia assistita da coperture assicurative in essere con altri assicuratori precedentemente alla data di effetto della stipulanda assicurazione.

Per il caso in cui la stipulanda polizza sostituisca, senza soluzione di continuità, altra in corso con la Società (o con altre confluite nella stessa per fusione o incorporazione) per il medesimo rischio, resta fermo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione in merito alla continuità della copertura prestata con la polizza sostituita con riferimento agli errori professionali riconducibili al medesimo settore di attività professionale oggetto del nuovo contratto e nei limiti complessivi del massimale previsto dalla polizza sostituita per l'ultima annualità assicurativa.

28) Il Proponente ha ricevuto richieste di risarcimento in relazione all'esercizio dell'attività professionale dichiarata (per fatto proprio o dei collaboratori)? SI NO

Se SI indicare:

numero di sinistri da RC Professionale relativi all'ultimo anno _____

numero di sinistri da RC Professionale nei 4 anni precedenti all'ultimo _____

numero di sinistri da RC Professionale oltre i primi 5 anni _____

Causale sinistro:		
Data accadimento	Data richiesta	Importo
_____	_____	_____
Stato: <input type="checkbox"/> Aperto	<input type="checkbox"/> Pagato	<input type="checkbox"/> Annullato
La vertenza è stata definita?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La vertenza è in corso di definizione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' in corso una vertenza giudiziale?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Causale sinistro:

Data accadimento

Data richiesta

Importo

Stato: Aperto Pagato Annullato

La vertenza è stata definita?

 SI NO

La vertenza è in corso di definizione?

 SI NO

E' in corso una vertenza giudiziale?

 SI NO**Causale sinistro:**

Data accadimento

Data richiesta

Importo

Stato: Aperto Pagato Annullato

La vertenza è stata definita?

 SI NO

La vertenza è in corso di definizione?

 SI NO

E' in corso una vertenza giudiziale?

 SI NO**Causale sinistro:**

Data accadimento

Data richiesta

Importo

Stato: Aperto Pagato Annullato

La vertenza è stata definita?

 SI NO

La vertenza è in corso di definizione?

 SI NO

E' in corso una vertenza giudiziale?

 SI NO

Si ricorda che l'assicurazione, per la garanzia di Responsabilità Civile, prevede la formula Bonus/Malus nei termini indicati dall'art. 16 - "Responsabilità Civile Formula Bonus/Malus" delle Condizioni Generali di Assicurazione

29) Alla data odierna è a conoscenza di:

- avvisi di garanzia che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti di suoi collaboratori? SI NO
- procedimenti penali che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti di suoi collaboratori? SI NO

- provvedimenti disciplinari che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti di suoi collaboratori? SI NO
- altri eventi noti e/o circostanze e situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti di suoi collaboratori? SI NO

Se SI, descriva dettagliatamente tali circostanze:

**MASSIMALE – SCOPERTO – ESTENSIONE DI GARANZIA
ALLA TUTELA LEGALE**

- 30) Indichi l'entità del massimale richiesto in Euro 500.000,00
 1.000.000,00
 1.250.000,00
 Altro.....

- 31) Premesso che all'art. 5 - Massimali di garanzia e relativo scoperto - delle Condizioni Generali di Assicurazione è stabilito che l'assicurazione è prestata con uno scoperto del 10% di ciascun sinistro con il minimo di Euro 1.000,00 e il massimo pari al 5% del massimale, intende elevare l'importo del minimo di scoperto? SI NO

- Se SI, indichi l'entità del minimo di scoperto prescelto: Euro* 3.000,00
 9.000,00
 18.000,00

- 32) Intende estendere la copertura anche alla garanzia tutela legale? SI NO

- Se SI, indichi l'entità del massimale richiesto: Euro* 8.000
 15.000
 Altro.....

- Intende estendere la garanzia spese legali e peritali a familiari/dipendenti iscritti nel libro unico del lavoro? SI NO

Se SI, indichi il numero _____

Indicare eventuali altre informazioni/dati per i quali gli spazi sopra riportati non siano sufficienti o che comunque risultino utili per la valutazione del rischio:

ALTRE DICHIARAZIONI

Il Proponente ha presentato altri questionari simili al presente ad altre Compagnie di assicurazione per medesimi rischi? SI NO

Se SI, indicare quali Compagnie _____

Il Proponente si avvale dell'intermediazione di una società di Brokeraggio? SI NO

Se Si, indicare il nominativo della Società di Brokeraggio _____

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della polizza di assicurazione.

Tuttavia, qualora la polizza Responsabilità Civile Professioni Sanitarie sia emessa, le dichiarazioni rese nel questionario potranno essere prese a fondamento del contratto e potranno formare parte integrante del medesimo.

Il Proponente riconosce che:

- **le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile;**
- **le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario non concorrono tuttavia a determinare la struttura delle garanzie contrattuali che restano disciplinate esclusivamente dalle condizioni di Assicurazione espressamente indicate in polizza.**

Il Proponente dichiara che, contestualmente alla presente Proposta-Questionario, ha ricevuto e sottoscritto l'informativa sul "consenso al trattamento assicurativo dei dati personali comuni e sensibili".

Solo per soggetti persone fisiche (ex L. 214/2011 le norme privacy non si applicano alle persone giuridiche, enti, associazioni)

Ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 informiamo che la nostra Società tratterà i dati personali contenuti nel presente questionario con le modalità e procedure (effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici) strettamente necessarie per procedere alla valutazione del rischio finalizzata a fornire i servizi richiesti mediante la stipulazione di apposito contratto assicurativo - anche qualora, a tal fine, comunicasse alcuni di questi dati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

Tali dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori in qualità di Responsabili o di Incaricati dei trattamenti suddetti; per taluni servizi utilizziamo Società del Gruppo ed altre Società di nostra fiducia, che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa e operativa in qualità di Responsabili o di Titolari autonomi di trattamenti. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione. Senza i Suoi dati non potremo fornirLe i nostri servizi, in tutto o in parte.

Ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 196/2003 Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento rivolgendosi al Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003: Privacy, Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV - tel. 041.549.2599 fax 041.549.2235 - privacy.it@generali.com.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venire a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati preposti ai trattamenti sopra indicati può essere richiesta al citato Responsabile ex art. 7 D. Lgs. 196/2003. Il sito www.generali.it riporta le informative aggiornate ed ulteriori notizie in merito alle politiche privacy della nostra Società, tra cui l'elenco aggiornato dei Responsabili.

Data ___/___/_____

Firma del Proponente

.....

Avvertenza

In caso di stipulazione del contratto, il proponente, prima della sottoscrizione della polizza, riletto attentamente il presente documento, dovrà sottoscrivere altresì la dichiarazione sotto riportata ovvero compilare nuovo questionario aggiornato.

Fermo quanto sopra riconosciuto e dichiarato, il Proponente, riletto attentamente il presente documento in ogni sua parte, nell'accingersi a stipulare il contratto, conferma veridicità, attualità e completezza, alla data di sottoscrizione della polizza n. _____, di tutte le dichiarazioni rese anche ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e seguenti del codice civile.

Data ___ / ___ / _____

Firma del Proponente

.....

SCHEMA RIEPILOGATIVA PER L'EMISSIONE DEL CONTRATTO

Premesso che l'assicurazione di base è prestata per la responsabilità civile professionale per morte o lesioni personali e per distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati, involontariamente cagionati a terzi, sulla base delle condizioni di assicurazione ricevute in copia, il proponente chiede le seguenti garanzie aggiuntive facendo seguito alle risposte date al questionario:

- PRONTO SOCCORSO (SOLO PER MEDICI)**
punto n. 23
- R.C. PER FATTO DELL'ASSISTENTE LAUREATO**
punto n. 22 lettera a) o 26 lettera a)
- R.C. PER FATTO DELL'INFERMIERE E/O ALTRO PARAMEDICO**
punto n. 22 lettera a) o 26 lettera a)
- ESTENSIONE R.C. VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)**
punto n. 22 lettera b) o 26 lettera b)
- ESTENSIONE R.C. DA ATTIVITA' SVOLTA PER CONTO DI FEDERAZIONI SPORTIVE , ASSOCIAZIONI E SOCIETA' SPORTIVE ANCHE MILITANTI IN CAMPIONATI PROFESSIONISTI O SEMIPROFESSIONISTI**
punto n. 26 lettera d)
- ESTENSIONE R.C. DA ESERCIZIO DI MEDICINA ESTETICA**
punto n. 6
- TUTELA LEGALE**
punto n. 32

Data ___/___/___

Firma del Proponente

.....

